

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

262

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

— Henri NOMDEDEU

Né le 12 Juin 1914 à Port-Vendres (Pyrénées-Orientales)

Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES THYROIDITES
RHUMATISMALES

Président : M. le Professeur LAUBRY

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri NOMDEDEU

Né le 12 Juin 1914 à Port-Vendre (Pyrénées-Orientales)

Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES THYROIDITES
RHUMATISMALES

Président : M. le Professeur LAUBRY

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

—
1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	TROISIER.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mile J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VANDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Educacion physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

Meis et Amicis

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LAUBRY

Commandeur de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Broussais

*En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance pour son enseigne-
ment et pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A Monsieur le Docteur R. BENDA

Chevalier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hôpital Broussais

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, en témoignage de notre grati-
tude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages

Monsieur le Professeur SERGENT

Monsieur le Professeur OMBREDANNE

Monsieur le Professeur MOCQUOT

Monsieur le Professeur NOBECOURT

Monsieur le Professeur HARVIER

Externat

Monsieur le Docteur CAPETTE

Monsieur le Docteur JACQUELIN

Monsieur le Docteur P.-E. WEILL

Monsieur le Docteur BENDA

Monsieur le Professeur LAUBRY

A Monsieur le Docteur TURIAF

CHAPITRE PREMIER

La congestion du corps thyroïde est un phénomène normal dans un certain nombre de circonstances physiologiques : c'est ainsi qu'on l'observe chez la femme à l'approche de chaque époque menstruelle, au cours de la grossesse.

Ce sont les manifestations inflammatoires, pathologiques du corps thyroïde qui réalisent les thyroïdites.

Au cours des maladies infectieuses, dans les pays indemnes de goitres, on constate fréquemment une tuméfaction légère et une sensibilité à la pression du corps thyroïde.

Parmi ces maladies infectieuses, le rhumatisme articulaire aigu joue un rôle important. Au cours de cette affection, dans sa forme classique, il n'est pas rare d'observer une atteinte thyroïdienne lé-

gère : le « signe de Vincent ». Mais dans certains cas les symptômes peuvent s'exagérer avec douleur spontanée et infiltration congestive de toute la région thyroïdienne réalisant la thyroïde aiguë rhumatismale proprement dite.

Parfois même la maladie rhumatismale va se localiser uniquement sur la thyroïde. Ces cas sont, il est vrai, assez rares.

On conçoit d'ailleurs, malgré leur aspect inhabituel, la possibilité de ces atteintes localisées, sans manifestations articulaires.

Comme l'avait fait remarquer justement BOUILLAUD, l'arthropathie n'est pas plus le rhumatisme que le point de côté n'est la pleurésie.

Les arthropathies dans le rhumatisme ne constituent donc pas la maladie rhumatismale tout entière.

Ces formes anormales, abarticulaires, strictement thyroïdiennes de la maladie de BOUILLAUD, posent des problèmes de diagnostic difficiles. En effet, les signes de la série rhumatismale, même peu nets ou incomplets font alors défaut; l'atteinte thyroïdienne reste isolée, soit que les arthralgies n'apparaissent que tardivement, soit qu'elles n'apparaissent pas du tout. Un traitement salicylé précoce

peut d'ailleurs en empêcher l'éclosion, lorsque le diagnostic a été porté.

Notons cependant l'insuffisance du test du traitement salicylé isolé pour établir un diagnostic positif de thyroïdite rhumatismale — malgré ses résultats, aussi remarquables soient-ils.

CHAPITRE II

Nous citerons d'abord l'observation de notre maître le Docteur BENDA :

Je suis appelé, le 11 août dernier, auprès d'une malade de quarante-six ans, dont l'histoire pathologique est essentiellement représentée par un état fébrile persistant survenu assez brusquement, il y a près d'un mois.

Je note sur la courbe de température deux phases successives qui s'opposent relativement bien l'une à l'autre : dans la première qui va du 14 juillet au 3 août, la fièvre affecte une allure des plus irrégulières, tout en restant cantonnée entre 38° et 39°5; à partir du 3 août elle prend soudain le type pseudo palustre, avec de grandes oscillations allant de 36°8 le matin à 40° le soir.

J'apprends que, malgré l'importance et la persistance de cet état infectieux, toutes les recherches

effectuées jusqu'à ce jour se sont montrées constamment négatives. Je peux d'ailleurs constater par moi-même qu'il n'existe pas d'amaigrissement notable, et que les divers appareils, poumons, cœur, foie et rate en particulier demeurent absolument normaux. Le tension artérielle est à 13-8.

Toutefois un interrogatoire plus poussé me révèle l'existence d'un trouble très spécial qui n'avait nullement retenu l'attention jusque-là : la malade accuse nettement, au moment de la poussée thermique quotidienne — et cela depuis le début de l'affection — une sensation de gonflement très pénible de la région thyroïdienne.

Cette sensation spontanément douloureuse, se prolonge tant que la fièvre demeure à son point culminant; elle ne s'atténue, pour s'effacer complètement, qu'à partir du moment où la température commence à s'abaisser vers 38°.

La douleur thyroïdienne, avec les caractères que je viens d'indiquer paraît s'être d'abord localisée uniquement au lobe gauche du corps thyroïde pendant la première période de la maladie, à savoir, la phase de température irrégulière échelonnée entre le 14 juillet et le 3 août.

Puis elle a quitté le lobe gauche pour se cantonner au lobe droit, avec la phase de grandes oscillations.

En dépit de ces localisations successives, on s'explique que, pendant plusieurs semaines, un tel syndrome thyroïdien ait pu passer inaperçu — ou être du moins sous-estimé — car il devait se montrer assez fruste dans l'ensemble de la journée. J'ai la chance d'être appelé en consultation à 5 heures de l'après-midi, au moment d'une poussée thermique; je constate alors, d'une manière indiscutable, le gonflement du corps thyroïde qui, à cette phase de la maladie, porte nettement sur le lobe droit et l'isthme. Dans ces régions, la consistance de l'organe est un peu dure; en plus de la douleur spontanée, il existe une vive sensibilité à la palpation. Par contre, les téguments au devant de la glande thyroïde ont gardé leur aspect normal.

Ajoutons que, du point de vue de ses antécédents, la malade n'avait jamais eu rien de semblable. Ses règles ont toujours été parfaitement normales. Elle n'a eu qu'une grossesse, il y a vingt ans, dans des conditions également normales. Il n'existe, à sa connaissance, aucun cas de goitre dans sa famille.

Malgré l'absence de tout signe d'accompagnement cardiaque, articulaire ou autre, je pose le diagnostic de thyroïdite rhumatismale et prescris un traitement salicylé : 4 grammes de salicylate de soude par la bouche et 0 gr. 50 en injections intra-vei-

neuses, doses qui me paraissent justifiées par l'importance des signes généraux et leur persistance.

Dès le lendemain, la température revient à la normale. Elle n'est jamais plus remontée depuis cette époque. Parallèlement, le gonflement thyroïdien disparaît entièrement en quelques jours.

Ce résultat est d'autant plus remarquable que l'affection avait résisté jusque-là aux traitements les plus divers (urotropine, médication de choc, etc..., sans compter l'aspirine à petites doses.)

J'ai revu la malade le 15 novembre, plus de trois mois après la guérison de l'épisode thyroïdien fébrile. Elle a repris 3 kilos. Il n'y a plus trace de gonflement de la glande, ni la moindre sensibilité locale.

L'examen complet (y compris l'examen radiologique du cœur et des poumons) reste toujours absolument négatif.

Le pouls est à 72; la tension artérielle est remontée à 15-8.

Le métabolisme de base est de $+ 1 \%$.

L'électrocardiogramme (pratiqué par notre collègue SOULIE) est lui-même strictement normal.

Enfin les différents examens de sang ont donné les résultats suivants :

— Réaction de Bordet-Wasserman : négative.

— Séro diagnostie : entièrement négatif pour les paratyphiques A et B, et pour la melitococcie; ne

donnant pour le bacille d'Eberth à huit jours d'intervalle et trois mois et demi après la guérison de la maladie, que des agglutinations insignifiantes, ne dépassant pas le 1/20°, puis atteignant à peine le 1/40°.

— Globules rouges : 3.600.000; globules blancs : 4.800. Formule leucocytaire normale.

— Vitesse de sédimentation : 13 millimètres en une heure; 76 mm. en 24 heures.

Telle est l'observation de notre maître le Docteur BENDA¹.

Nous nous contenterons, pour le moment, d'en souligner les points importants, nous réservant de la discuter à la suite.

Tout d'abord l'âge de la maladie : 46 ans, âge auquel la malade est parvenue sans aucun incident pathologique particulier.

En effet, on ne retrouve dans son histoire aucune manifestation identique. Elle n'a jamais présenté d'affection susceptible d'avoir touché le corps thyroïde. Il n'y a pas de goitre dans la famille.

Les autres glandes endocrines sont intactes, les règles sont normales, une grossesse s'est passée sans

1. BENDA. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 26 novembre 1937.

incidents, aucun antécédent de rhumatisme articulaire aigu.

Notons également les deux phases distinctes de la courbe thermique : la première, du 14 juillet au 3 août, où la température est irrégulière; la deuxième, du 3 août jusqu'à la fin de la maladie, où elle prend un type pseudo palustre. A la première phase correspond une atteinte du lobe gauche du corps thyroïde, à la deuxième une atteinte du lobe droit.

Enfin, caractère capital, l'atteinte thyroïdienne reste isolée, et en dehors des signes généraux thermiques qui ont évolué parallèlement avec les modifications de la glande, il n'y a aucun signe clinique ou de laboratoire pouvant apporter une étiologie infectieuse bien déterminée.

Pendant toute la durée de l'évolution, il n'y a eu aucune manifestation cardiaque, articulaire, ou autre. Tous les organes, à l'exception du corps thyroïde, sont normaux.

Insistons également sur l'action remarquable du traitement salicylé qui, en 24 heures, a entraîné une rétrocession rapide de tous les symptômes, thyroïdiens et thermiques.

Par la suite, l'affection n'a laissé aucune séquelle. La fonction thyroïdienne n'a pas été modifiée.

La deuxième observation citée par M. APERT, rapportée par AUSSET, concerne un gonflement thyroïdien, d'abord seule manifestation morbide, précédant une attaque généralisée de rhumatisme articulaire aigu.

Nous allons résumer l'observation.

C'est une fillette de 9 ans, présentant une fièvre modérée oscillant de 38° à 38°5.

Elle est habituellement bien portante.

Dans sa première enfance : rougeole et coqueluche, plus tard diphtérie.

Le 8 novembre au matin : la température est à 38°2, la langue est saburrale, la gorge légèrement rouge, mais sans gonflement amygdalien ni exsudat.

Mais surtout il existe une tuméfaction très notable, siégeant au devant du cou et que l'examen révèle être le corps thyroïde.

Des deux côtés le gonflement est très remarqué, le lobe droit cependant plus gros que le gauche. L'enfant souffrait énormément dès qu'on touchait cette région. En dehors des mouvements et des atouchements, l'enfant ne souffrait plus.

La nature de cette tuméfaction thyroïdienne n'allait être dévoilée que deux mois plus tard.

1. AUSSET. Participation du corps thyroïde au cours du R. A. A. *Société de Pédiatrie*, 16 avril 1907.

En effet, pendant 8 jours, l'enfant traîne avec température entre 38° et $38^{\circ}5$, puis le gonflement thyroïdien disparaît progressivement.

Le 12 novembre on ne le retrouve plus, il ne reste qu'un peu de douleur à la pression.

Le 16 novembre, l'enfant est guérie.

Or, le 31 janvier : apparaît un gonflement avec douleur de tout le coude gauche. Température 39° .

L'attaque de rhumatisme est évidente et se confirme les jours suivants : le lendemain, le poignet gauche est atteint, puis successivement le pied droit, le genou gauche et l'épaule droite en 4 à 5 jours.

La température est à $38^{\circ}5$, 39° le matin, 40° le soir. Sueurs abondantes.

Or, le surlendemain du début des accidents rhumatismaux, le cou de l'enfant est gonflé et l'aspect de la région rappelle absolument celui du mois de novembre précédent. La tuméfaction porte cette fois sur l'ensemble de la glande thyroïdienne et paraît plus accentuée que lors de la première atteinte.

La douleur à la pression est extrêmement vive. L'enfant se refusait à toute palpation.

On se trouvait donc en présence d'une localisation rhumatismale sur la glande thyroïde et dès lors, dit M. APERT : « Le gonflement cervical du mois de novembre dont la nature véritable m'avait échappée, était à n'en pas douter une crise fruste de rhu-

matisme localisée simplement sur le corps thyroïde. Je ne vois pas, en effet, à quoi on pourrait autrement rattacher cette tuméfaction thyroïdienne de novembre, entièrement semblable à celle qui se produisait en février. »

Un traitement salicylé est institué, amenant progressivement au bout de 9 jours une atténuation de tous les symptômes. La douleur, le gonflement thyroïdien disparaissent, les articulations redeviennent normales. Le 21 février, l'enfant ne souffre plus, la fièvre est tombée complètement depuis trois jours.

Le cœur est toujours resté indemne de toute complication.

Revue le 25 mars, la petite malade ne présente plus aucune trace de rhumatisme.

Il n'y a aucun signe d'hypofonctionnement de la glande thyroïde.

Dans cette observation, il faut remarquer que lors de la première manifestation thyroïdienne qui s'est accompagnée uniquement de température élevée comme dans le cas de M. BENDA, il n'y a eu aucun signe articulaire. Sa véritable nature ne s'est révélée que deux mois et demi plus tard lors d'une nouvelle poussée de R.A.A., celle-ci avec prise successive de plusieurs articulations.

Le traitement salicylé a d'ailleurs entraîné dans cette deuxième attaque, une rétrocession progressive des symptômes, plus lente il est vrai que dans le cas de la première observation. Signalons également le fait que le cœur est toujours resté indemne.

D'autre part, il n'y a eu par la suite aucun trouble du fonctionnement thyroïdien.

La troisième observation est de MM. STEVENIN, FRANCHEL et BALAZUC¹.

Il s'agit d'une femme de 46 ans qui, au début de septembre 1935, présentait tous les soirs : frissons, sensation de chaleur intense et fatigue. Vers le 20 septembre apparaît un signe nouveau, le « mal de gorge » ne donnant pas lieu à de la dysphagie. C'est une gêne avec constriction pharyngée n'apparaissant que le soir, en même temps que les frissons et la sensation de chaleur.

Un médecin consulté aurait constaté de l'œdème de la face et une légère albuminurie.

Un traitement banal calme, pendant quelques jours, les troubles, puis reprise et accentuation et

1. STEVENIM (H.), FRANCHEL (F.) et BALAZUC (J.). Thyroïdites aiguës non suppurées. *Le Phare médical de Paris*, février 1937.

apparition d'œdème transitoire de la région préthyroïdienne.

La malade entre à l'hôpital Beaujon le 20 octobre 1935. Etat général : relativement respecté.

S. F. : Gêne de la gorge qui attire immédiatement l'attention sur le cou.

S.P. : Inspection : Tuméfaction de la région préthyroïdienne modérément saillante. Peau normale.

- Palpation : On sent le corps thyroïde dans son ensemble. Limites nettes. on peut en dessiner les contours.
- Consistance dure, résistante, donne une sensation de tissu fibreux.
- La palpation est très légèrement douloureuse, sauf au lobe droit où existe un point douloureux assez net.
- Pharyngite congestive : on y aperçoit des traînées de mucopus.
- Larynx (spécialiste) : 0.
- Reste de l'examen négatif. Poumons, cœur, foie, rate semblent normaux. T.A. : 12,5-8. Ni sucre, ni albumine.
- Antécédents : Un seul fait remarquable : hystérectomie pour fibrome en 1930.
- Le diagnostic porté fut celui de thyroïdite infectieuse.

— Traitement : compresses chaudes sur le cou. 4 gr. de salicylate et x gouttes de solution iodée par 24 heures.

— Evolution : Semble le point caractéristique dans cette observation. Le soir des crises : gêne de la région pharyngo-laryngée, dyspnée. Sensation de gonflement de la région thyroïdienne; en même temps frissons, élévation de la température suivie de sueurs.

Maximum des troubles tantôt à 20 heures, tantôt à 24 heures.

Pendant les cinq premiers jours, la température atteint ainsi 39° et même 39°6. Ensuite, clocher fébrile moins important : 38° et s'est déplacé, survenant le plus souvent à 16 heures. Parallèlement, l'induration du corps thyroïde a diminué.

L'état général s'est amélioré.

La malade quitte l'hôpital après 20 jours, nettement améliorée.

Elle a été revue à plusieurs reprises : la guérison persiste, mais apparition de douleurs articulaires.

— Examen paraclinique : Radio thoracique : derrière la partie supérieure du sternum et le débordant latéralement : ombre arrondie, régu-

lière, peu opaque aux rayons, de 8 cm. de diamètre.

Interprétation : Goitre endothoracique ne s'étant jamais révélé par aucun signe clinique.

— M.B. pratiqué en période d'apyrexie : + 12 %.

— Examen du sang : Hémoculture.

B.W. : Hecht-Kahn : —

Urée ; 0,30.

Ca : 132 mgr.

Sero dg : pour Eberth, para A
et B —.

Cette observation représente également un cas de thyroïdite infectieuse qui a évolué avec des poussées « pseudo palustres » pendant une vingtaine de jours et ne fut suivie qu'après guérison de quelques douleurs articulaires.

Il est vrai que dans ce dernier cas, il ne s'agissait pas strictement d'une thyroïdite, mais plutôt d'une poussée de strumite chez une malade ayant un goitre endothoracique et dont le corps thyroïde n'était peut-être, préalablement, indemne qu'en apparence.

CHAPITRE III

Nous voyons donc qu'on peut être amené à rencontrer des thyroïdites aiguës d'origine rhumatismale sans que cette étiologie apparaisse évidente dès le premier abord.

En particulier, dans le cas de M. BENDA, la thyroïdite est beaucoup plus indépendante encore que dans les deux autres observations : Survenue primitivement, évoluant en quelque sorte pour son propre compte, elle est isolée et reste isolée. Elle n'est suivie d'aucun trouble nouveau, même après plus de trois mois et demi d'observation.

Comment dans ce cas faire la preuve de l'origine rhumatismale des troubles observés?

Une première donnée se dégage aisément de la lecture de cette observation : c'est qu'il s'agit bien d'une thyroïdite infectieuse.

En effet, le gonflement douloureux de la glande se reproduisant régulièrement au moment de la

poussée thermique quotidienne, ainsi que ses localisations successives au lobe gauche, puis au lobe droit, permettent d'éliminer la simple congestion thyroïdienne mécanique et vaso motrice, telle qu'on peut l'observer chez la femme, sans fièvre, ni douleur spontanée, en dehors de tout processus infectieux. Mais le diagnostic de thyroïdite infectieuse étant établi, est-il permis d'en préciser la nature en parlant à propos de cette observation d'une forme purement thyroïdienne de la maladie de Bouillaud?

Malgré les objections qui peuvent être présentées, il n'en reste pas moins à l'appui de la thèse rhumatismale un certain nombre d'arguments importants.

Tout d'abord, quelques constatations négatives de valeur : en particulier l'impossibilité de mettre en évidence, dans le cas présent, un facteur étiologique quelconque plus satisfaisant que le rhumatisme.

On sait que la thyroïdite infectieuse aiguë non suppurée est parfois réalisée par la grippe, la fièvre typhoïde, la scarlatine, les oreillons, la rougeole et même la rubéole. On l'a signalée également au cours de la syphilis secondaire, de la tuberculose, du paludisme et de quelques autres affections parasitaires.

Or, dans cette observation, aucune de ces maladies ne peut être incriminée d'une manière valable : on n'en trouve aucun signe clinique. En dehors de l'atteinte thyroïdienne l'examen reste complètement négatif : aucun autre organe n'est touché.

Le laboratoire vient encore le confirmer par la négativité de ses résultats.

— Séro diagnostic : négatif pour la fièvre typhoïde.

Il paraît impossible, en effet, de tenir compte d'une agglutination de bacille d'Eberth ne se produisant qu'au 1/20^e, puis au 1/40^e, à huit jours d'intervalle, trois mois et demi après la guérison.

La recherche, d'ailleurs, demeure entièrement négative pour les paratyphiques A et B, ainsi que pour la mélitococcie.

— L'examen hématologique est normal. A peine note-t-on une légère anémie à 3.360.000.

— Globules blancs 4.800.

Formule lémyocytaire normale.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Ce sont ensuite et surtout des constatations positives : Les caractères de la thyroïdite sont ceux-là même qui lui sont assignés par STEVENIN et ses collaborateurs en tant que thyroïdite rhumatismale, à savoir l'évolution par poussées. Nous l'avons vu,

les manifestations thyroïdiennes et thermiques évoluent parallèlement en deux périodes bien distinctes. La première que caractérise une fièvre irrégulière correspondant à une atteinte du lobe gauche. La seconde avec température du type pseudo palustre correspondant à une atteinte du lobe droit.

D'autre part, l'absence de troubles de la sécrétion thyroïdienne habituellement notée, se retrouve également dans cette observation :

Au cours de l'évolution il n'a jamais été constaté de tremblement, d'exophtalmie, de tachycardie véridable, d'amaigrissement marqué.

Enfin : absence de toute tendance à la suppuration.

— Quant à l'argument thérapeutique, malgré toutes les réserves d'usage au sujet de la non-spécificité de la médication salicylée, il paraît dans le cas particulier, devoir conserver une très grande valeur. L'action du salicylate de soude a été à la fois immédiate et totale : elle fait disparaître la fièvre et les poussées thyroïdiennes, véritablement « du jour au lendemain ».

Ces résultats sont d'autant plus remarquables que la médication salicylée, même dans les formes courantes du rhumatisme, n'est pas, de façon constante, aussi rapidement efficace : il faut parfois plusieurs jours avant d'en constater les heureux effets.

Nous pouvons donc conclure légitimement devant un tel tableau et une telle évolution à un thyroïdite aiguë rhumatismale.

L'absence de toute manifestation articulaire et de toute atteinte cardiaque qui paraissent priver d'un appoint précieux la thèse de l'étiologie rhumatismale, s'expliquent en partie par l'âge de la malade.

A 46 ans, il est fréquent que les crises de R.A.A. n'aient pas les caractères classiques que l'on retrouve chez l'adolescent et l'adulte jeune.

D'autre part, il est exceptionnel qu'à cet âge survienne une localisation cardiaque chez un malade dont le cœur n'a jamais été touché auparavant par le rhumatisme.

Enfin, lorsqu'on étudie la coexistence de l'atteinte thyroïdienne et de la crise rhumatismale, on constate que le « signe thyroïdien de Vincent », si banal dans les cas « moyens » de rhumatisme, peut faire défaut dans les formes intenses, fébriles, généralisées — c'est alors d'après Vincent un symptôme de fâcheux pronostic, indiquant une absence de défense de l'organisme. Au contraire, les thyroïdites les plus caractérisées, les thyroïdites proprement dites, se rencontreront plus volontiers au cours de certaines crises atténuées où les

symptômes articulaires restent précisément au second plan.

L'importance de l'inflammation thyroïdienne n'est donc nullement en rapport avec l'intensité de l'atteinte articulaire : elle lui est même pour ainsi dire, inversement proportionnelle.

Et de là, il n'y a pas loin de penser qu'une thyroïdite digne de ce nom ne puisse représenter à elle seule, l'unique manifestation d'une crise rhumatismale.

Dans le cas d'AUSSET, le diagnostic n'a été porté que lors de la récurrence; celle-ci s'étant accompagnée des manifestations articulaires habituelles. Le traitement salicylé a fait régresser tous les troubles qui ont disparu sans séquelles.

Dans le cas de STEVENIN, FRANCHET et BALAZUC, l'atteinte thyroïdienne se fait sur un goitre endothoracique méconnu jusqu'alors. Il s'agit là de strumite. Les douleurs articulaires ne sont signalées qu'après guérison de celle-ci.

Signalons également que dans ce cas le traitement par le salicylate a eu des effets favorables.

CHAPITRE IV

Nous allons maintenant relever les caractères généraux de ces thyroïdites aiguës, non suppurées d'origine rhumatismale. ANATOMIE PATHOLOGIQUE¹.

La thyroïdite simple apparemment primitive, comme c'est le cas pour la thyroïdite rhumatismale, ou même secondaire à d'autres infections, se caractérise histologiquement par : hyperplasie épithéliale; vacuolisation avec liquéfaction de la colloïde eosinophile; formation de concrétions colloïdes basophiles qui bientôt sont attaquées par des cellules géantes. On note surtout l'applatissage des vésicules qui se vident de leur contenu.

La capsule conjonctive thyroïdienne et les cloisons interlobulaires sont envahies par des amas et

¹ G. ROUSSY, R. LEROUX, Ch. OBERLING. Anatomie pathologique.

des trainées de lymphocytes et de polynucléaires qui pénètrent souvent dans la lumière des vésicules. Les espaces lymphatiques sont gorgés de substance colloïde.

On distingue les thyroïdites, inflammation de la glande saine, des strumites : état inflammatoires greffés sur un goitre préexistant. Ces dernières seraient plus fréquentes. En effet, la thyroïde normale offrirait aux infections une résistance notable; fait qui a été attribué soit à la riche vascularisation de l'organe, soit à une hypothétique propriété antibactérienne de la substance colloïde. Le goitre, à l'opposé, créerait un état de prédisposition certain à l'infection.

Quoi qu'il en soit, thyroïdite et strumites ont une même signification et leur étude doit être confondue en un seul chapitre.

· EN CLINIQUE. — Les thyroïdites rhumatismales peuvent affecter tous les degrés. Depuis les manifestations minimales du signe de Vincent signe commun et fréquent au cours des formes moyennes du R.A.A. — il s'observerait dans 65 à 68 % des cas — jusqu'à la grosse atteinte de la glande, celle-ci pouvant même réaliser la seule localisation de la maladie rhumatismale.

— Le signe de Vincent consiste en une douleur toujours très vive que l'on provoque lorsque la tête du sujet étant fléchie, on saisit entre les doigts un des lobes thyroïdiens. La douleur spontanée est rare; parfois un seul des lobes est douloureux.

Quand la crise de R.A.A. commence à s'atténuer sous l'influence du traitement salicylé, le signe thyroïdien diminue parallèlement à l'atténuation de la douleur. Comme nous l'avons vu, l'absence du signe de Vincent serait d'un mauvais pronostic, car il traduirait un fléchissement de l'organisme.

— La thyroïdite aiguë, proprement dite, avec douleur spontanée et infiltration congestive de la région thyroïdienne, est plus rare au cours du R.A.A. On peut toutefois l'observer.

Dans ce cas, les signes de la série rhumatismale sont moins nets que dans la forme typique habituelle. — Ils peuvent apparaître en même temps que la thyroïdite, parfois seulement lorsque celle-ci est déjà constituée, ou même lorsqu'elle a complètement disparu, permettant alors un diagnostic rétrospectif.

— Enfin, bien qu'exceptionnellement, la crise rhumatismale peut se localiser uniquement sur la thyroïde.

Les formes primitives surviennent avec autant de fréquence chez des sujets porteurs de goître que chez

ceux dont la glande n'a subi aucune altération antérieure et l'on ne retrouve en général aucun antécédent particulier, aucun facteur prédisposant susceptible d'expliquer cette localisation.

Le début est plutôt aigu, avec température élevée.

L'examen montre un gonflement plus ou moins important du corps thyroïde. Ce gonflement, rapidement constitué, peut porter sur l'ensemble de la glande, parfois sur un des lobes seulement, ou prédominer sur l'un d'eux.

Les téguments de la région gardent en général leur aspect normal.

La douleur spontanée ou provoquée est toujours vive, gênant l'examen. Elle irradie habituellement vers l'oreille et l'occiput. Souvent, la déglutition est gênée. A la palpation, consistance dure de tissu fibreux.

La température, toujours élevée, peut prendre des types divers : soit en plateau, aux environs de 39, 40; soit décrivant de grandes oscillations du type pseudo palustre. Parfois enfin, elle est des plus irrégulières.

L'évolution est caractéristique et se fait par poussées : poussées thermiques coïncidant avec une augmentation de volume et de la douleur du corps thyroïde, ou localisation à un lobe différent. Sous l'ac-

tion d'un traitement approprié, les symptômes s'amendent rapidement dans la majorité des cas, sans qu'on ait jamais pu observer de trouble de la sécrétion thyroïdienne au cours de toute la durée de l'évolution. Signalons cependant que, parfois, après une sédation notable et rapide des signes, ceux-ci peuvent persister atténués des semaines ou des mois.

Enfin, caractère capital, ces thyroïdites aiguës ne suppurent jamais.

Par la suite, s'il est classique de dire que cette atteinte thyroïdienne peut laisser à titre de séquelle des troubles dans le fonctionnement de la glande, à la vérité, ceux-ci ne surviennent que très rarement.

D'après STÉVENIN, il faudrait, pour aboutir à ce résultat, des atteintes répétées et diffuses rarement réalisées. Cependant, on a signalé des cas de sclérodermie avec atrophie de la glande ou de maladie de Basedow comme séquelle de thyroïdites aiguës rhumatismales.

Quant à la transformation cancéreuse, elle est exceptionnelle.

CHAPITRE V

Le diagnostic différentiel des thyroïdites rhumatismales se pose :

- avec les affections du cou n'intéressant pas le corps thyroïde. Ce diagnostic de l'atteinte de la glande ne présente, en général, aucune difficulté du fait de la netteté des signes locaux; à peine peut-on discuter une adénopathie cervicale;
- avec les congestions thyroïdiennes au cours de l'effort, de la menstruation, de la grossesse, de l'allaitement. Ce sont là des signes transitoires ne comportant ni douleurs, ni signes généraux, phénomènes normaux au cours de circonstances physiologiques.
- Les thyroïdites toxiques sont rares : elles peuvent être dues à l'iode; parfois au plomb, au mercure, à l'arsenic.

- Parmi les thyroïdites aiguës, nous éliminerons celles qui surviennent au cours des maladies infectieuses. Les signes accompagnateurs, propres à chacune d'elle, viennent éclairer leur étiologie.
- Fièvre thypoïde, VINCENT a trouvé 11 fois sur 17, le signe thyroïdien.
- Pneumonie : rare.
- Diphtérie.
- Rougeole : 50 % des cas (VINCENT).
- Variole.
- Scarlatine.
- Oreillons.
- Rubéole même : SAINTON et RUDOLF¹ en ont rapporté un cas survenu chez une jeune femme ayant présenté une éruption typique, en même temps que les localisations ganglionnaires habituelles. Trois jours après l'éruption survient une augmentation notable du volume du corps thyroïde, ainsi que des douleurs et gonflements des genoux, poignets, coudes. — Signalons que cette malade a présenté, par la suite, après une nouvelle poussée thyroïdienne, avec localisations

1. SAINTON et RUDOLF. Thyroïdite et strumite rubéoliques, *Progrès Médical*, 7 décembre 1932.

rhumatismales très vagues, quelques légers signes de disthyroïdie fruste.

Cette observation méritait d'être rapportée, car bien que survenue à l'occasion d'une rubéole, il s'y est associé des manifestations rhumatismales très nettes.

Dans ces cas de thyroïdites au cours de maladies infectieuses, l'atteinte de la glande peut aboutir à des phénomènes inflammatoires aigus : rougeur, tuméfaction, chaleur, douleur de la région thyroïde, et l'abcès nécessitant l'ouverture au bistouri (surtout variole ou scarlatine).

— La tuberculose.

Elle peut entraîner des thyroïdites chroniques, soit : avec lésions spécifiques, soit avec des lésions dégénératives scléreuses non spécifiques, analogues à celles que peuvent provoquer toute maladie infectieuse.

Mais aussi, on a signalé des thyroïdites aiguës tuberculeuses. Dans le cas de LEREBoullet¹, il s'agit d'une poussée évolutive du sommet droit, qui s'est accompagnée de manifestations thyroïdiennes inten-

1: LEREBoullet. Thyroïdite aiguë et tuberculose, *Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux*, 11 décembre 1908.

ses : dyspnée très vive, douleur rendant la palpation impossible. A disparu progressivement avec l'atténuation de la poussée évolutive tuberculeuse.

— Quant à la syphilis, elle détermine assez souvent, à la période secondaire, une légère poussée congestive de la glande, et on peut constater le signe de Vincent qui témoigne de la réaction de la glande à l'infection. En général, les symptômes thyroïdiens de la période secondaire sont bénins et passagers, bien que MAURIAC ait décrit un goître aigu syphilitique.

A la période tertiaire, forme gommeuse ou scléreuse.

Les signes de syphilis qui les accompagnent permettent de déceler leur étiologie spécifique.

— Dans les cas de thyroïdites aiguës apparemment primitives au premier abord, on en recherchera la cause pour les éliminer dans les maladies infectieuses déjà énumérées, même quand ces thyroïdites semblent isolées, car il peut s'agir de formes frustes ou latentes de ces maladies infectieuses; d'autre part, elles peuvent survenir à leur période d'incubation, l'affection ne se déclarant que plus tard.

Les thyroïdites strictement primitives et isolées, en dehors du R.A.A., relèvent surtout de la grippe.

Il semble qu'on doive lui rapporter de nombreux cas de thyroïdites cryptogénétiques. S'observant surtout chez la femme, elles évoluent assez souvent vers la suppuration (STÉVENIN).

— Nous terminerons ce diagnostic différentiel, en rappelant que des thyroïdites aiguës peuvent s'observer au cours de certaines affections parasitaires : infections à protozoaires telles que : — le paludisme. Le volume du corps thyroïde s'accroîtrait pendant la crise et ses variations seraient parallèles à celles de la rate. Mais tandis que la rate reste hypertrophiée après une série de poussées, il est de règle que le corps thyroïde reprenne son volume une fois l'accès terminé.

Enfin, au cours de la maladie de Chagas, la localisation prédominante porte sur la glande thyroïde. Due à un hématozoaire flagellé, le schyzotrypanum Cruzi, elle est inconnue en Europe, mais fréquente au Brésil et même en Argentine.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de ces inflammations rhumatismales aiguës de la thyroïde est assez simple :

— *Il comprendra un traitement local :*

Compresses humides chaudes qui calmeront les signes fonctionnels (compresses au sérum salé isotonique pour éviter la macération de la peau)

— *et un traitement général antirhumatismal :*

Salicylate de soude aux doses habituelles prescrites au cours du R.A.A.

Après la crise, il sera bon de poursuivre un certain temps la médication salicylée comme traitement d'entretien.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des thyroïdites aiguës, non suppurées, d'origine rhumatismale.

II. — Leur diagnostic peut être difficile.

En effet, si, le plus souvent, ces thyroïdites s'accompagnent des signes articulaires, habituels du R.A.A., on peut rencontrer parfois des formes primitives, isolées, dont l'étiologie rhumatismale peut être difficile à préciser

III. — Ces thyroïdites évoluent par poussées, avec des signes généraux importants, surtout thermiques.

Elles ne s'accompagnent pas de troubles du fonctionnement thyroïdien.

D'autre part, elles n'aboutissent jamais à la suppuration.

IV. — Leur pronostic immédiat est bon.

Tardivement, et seulement en cas d'attaques successives et répétées, il pourra survenir et persister comme séquelle, des troubles dans le fonctionnement de la glande : sclérodermie ou maladie de Basedow.

V. — Leur traitement est celui du rhumatisme aigu : avant tout, le salicylate de soude.

Celui-ci peut avoir, dans certains cas, des résultats immédiats remarquables. On ne manquera pas d'en prolonger l'administration pendant un certain temps, comme traitement d'entretien.

Vu
Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu
Le Président :
LAUBRY

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY.